

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Décembre 1892, à 1 heure

PAR CHARLES DÉJEAN,

Né à Nasbinals (Lozère), le 26 Février 1866.

DE LA BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE
CHRONIQUE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. } DUPLAY, Professeur.
 } NETTER et ALBARAN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Décembre 1892, à 1 heure

PAR CHARLES DÉJEAN,

Né à Nasbinals (Lozère), le 26 Février 1866.

DE LA BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE
CHRONIQUE

Président : M. DEBOVE, Professeur.

*Juges : MM. } DUPLAY, Professeur.
 } NETTER et ALBARAN, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie		CH. RICHEL.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		A. GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		N.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		G. SEE.
Clinique des maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		PETER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		BALL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		CHARCOT.
Cliniques d'accouchements.....		TILLAUX.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPÉY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA PLUS AIMÉE DE TOUTES LES MÈRES

A MON FRÈRE LE D^r DÉJEAN

Médecin consultant à Chaudesaigues

Il m'a servi de père

A MES SCEURS, A MON FRÈRE EMILE

A MON BEAU-FRÈRE, M. CAMILLE LESCURE

Propriétaire à Lavernhe (Aveyron)

A TOUS MES PARENTS

A MON MEILLEUR AMI

JEAN-ARMAND MOLINIÉ

A MES AMIS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEBOVE

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

PRÉFACE.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici notre pleine et entière reconnaissance à notre cher maître le professeur Debove, et de lui dédier ce modeste travail.

Que M. Bruhl, ancien interne de M. le professeur Debove et des hôpitaux de Paris, veuille bien nous permettre de le remercier pour les conseils qu'il nous a donnés pour écrire ces quelques pages.

Dans son *Traité sur les affections pseudo-membraneuses*, M. le professeur Laboulbène définit ainsi la fausse membrane : « C'est une production morbide, déposée le plus souvent sur une surface tégumentaire, muqueuse ou séreuse, quelquefois sur une surface accidentelle, et formée ou exsudée par la partie du corps qu'elle revêt. » Et il ajoute, un peu plus loin : « Le terme de fausse membrane devant être pris dans un sens général, on trouve que les fausses membranes existent dans les maladies bien plus souvent que ne le ferait croire un examen superficiel. » Il peut donc y avoir un grand nombre d'affections avec production de pseudo-membranes. Ainsi, dans les kystes hydatiques, il se développe des fausses membranes, dans certaines pleurésies de même ; dans la diphtérie, soit cutanée, soit muqueuse, la fausse membrane est la caractéristique de la maladie. Mais généralement, lorsqu'il est question d'affections avec développement de fausses membranes sur une muqueuse et surtout avec rejet de ces fausses membranes, on pense de suite et presque uniquement à la diphtérie. Il n'y a pas toutefois, que la muqueuse du larynx et du pharynx qui donne souvent naissance à des affections avec rejet de fausses membranes. Sur tout l'arbre respiratoire il peut se produire de pareilles affections, et non seulement sur l'arbre respiratoire, mais même sur la muqueuse de divers

autres organes, tels que les organes génito-urinaires. Existe-t-il une relation entre le développement des fausses membranes sur la muqueuse des divers organes ? Nous ne saurions le dire. Mais il est certain que des malades, des femmes, par exemple, après avoir rejeté des fausses membranes par les voies génitales, à l'époque de leurs règles, ont eu plus tard ou ont eu en même temps une affection des voies respiratoires avec rejet de fausses membranes. C'est le cas de la malade dont nous donnerons plus tard en détail l'observation.

SUJET DE NOTRE THÈSE

Des fausses membranes peuvent donc se développer sur tout le parcours de l'arbre respiratoire et à la partie supérieure du tube digestif. Si elles se développent dans le pharynx, nous avons alors une forme particulière d'angine; si elles se forment dans le larynx, nous avons la laryngite pseudo-membraneuse, laryngite qui, du reste, peut envahir les bronches et le poumon; d'autres fois elles se développent primitivement dans les bronches, c'est la bronchite pseudo-membraneuse; elles peuvent enfin être produites dans les alvéoles. M. le professeur Jaccoud en a signalé un cas intéressant auquel il a donné le nom de broncho-alvéolite fibreuse; mais dans ce cas, comme dans la laryngite, l'affection peut se propager de bas en haut ou de haut en bas, et s'étendre aux bronches. Il faut donc distinguer les cas où les bronches sont atteintes secondairement et le cas où elles sont atteintes primitivement, quelquefois avec propagation du mal aux alvéoles et au larynx, d'autrefois sans extension à ces organes. Il y a ainsi un cas spécial où les bronches sont primi-

tivement en cause, c'est dans le cas de Bronchite pseudo-membraneuse. C'est cette forme de Bronchite que nous nous proposons d'étudier, d'après la malade que nous avons pu voir et examiner dans le service de M. le professeur Debove et qui a été le point de départ d'un travail récent de M. Bruhl, qui vient de paraître dans la *médecine moderne*. Encore n'étudierons-nous pas la Bronchite pseudo-membraneuse sous toutes ses formes, c'est seulement sur la forme chronique que nous voulons insister.

DÉFINITION

En 1869, Lebert donna le nom de Bronchite fibrineuse à une forme de Bronchite chronique, dans laquelle les malades crachent de fausses membranes. Sept ans plus tard, M. le docteur Paul-Lucas Championnière fit une thèse sur la Bronchite pseudo-membraneuse. Dans ses dernières années, M. Regard, dans sa thèse inaugurale présentée à la Faculté de médecine de Berne, d'accord avec Lebert, a conservé le nom de Bronchite fibrineuse. Contrairement à ce dernier auteur et à Lebert, nous préférons garder le nom de Bronchite pseudo-membraneuse. Ce nom est en clinique, à ce qu'il nous semble, celui qui caractérise le mieux la maladie. En effet, un malade vient vous trouver et vous raconte ce qui suit : « Depuis quelques jours, j'ai de la difficulté pour respirer, j'ai des quintes de toux qui reviennent par accès, et je finis par cracher quelque chose qui ressemble à des peaux. » Vous voulez caractériser de suite l'affection de votre malade, vous n'irez pas examiner si les membranes rejetées sont formées de mucine ou de fibrine, vous constaterez ce que vous

avez sous les yeux. Or, que voyez-vous ? des fausses membranes. M. Regard prétend que le nom de Bronchite fibrineuse a le mérite d'indiquer le trait distinctif anatomique et chimique. Pour ce qui est du trait distinctif anatomique, nous dirons plus loin, en faisant l'anatomie pathologique, quel est notre avis. Mais le trait distinctif clinique ! Nous ne voyons pas comment le mot de fibrine doit être si intimement lié à celui de fausses membranes ! Et nous préférons être de l'avis de Valleix, Thore, Laure, Lucas-Championnière, et conserver avec eux le nom de Bronchite pseudo-membraneuse.

Observation de la malade qui fait le sujet de notre thèse

Recueillie le 16 avril, chez M. le professeur DEBOVE, à l'Hôpital Andral.

La malade est âgée de 18 ans, sans profession. Elle habite dans sa famille.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Fille unique. Une tante maternelle a été soignée par M. Debove, pour un kyste hydatique du poumon.

Antécédents personnels. — Pas de maladie jusqu'à 15 ans. A 15 ans, chlorose jusqu'à 17 ans. La menstruation est régulière, mais très douloureuse. La semaine qui précède les règles, la malade ressent des douleurs intolérables sous forme de coliques expultrices. Puis, avec le sang, rejet de temps en temps des peaux sur lesquelles elle ne peut donner aucun renseignement. Au mois d'août 1891, la malade aurait eu une pleurésie droite à début insidieux sans prodromes, sans frissons. Toutefois, depuis déjà un mois, elle se sentait fatiguée, elle perdait l'appétit et avait quelques sueurs. La malade nous raconte que son médecin l'avait avertie que, peut-être, on serait obligé de faire une ponction. Cette ponction n'a cependant pas été faite, et, après deux mois, pendant lesquels on a appliqué plusieurs vésicatoires, la malade a été beaucoup mieux. Depuis cette maladie, elle a beaucoup toussé, elle éprouve même encore quelquefois de la gêne respiratoire et quelques douleurs au côté droit. Au mois de

novembre 1891, elle a eu une première hémoptysie assez abondante, qui est survenue brusquement pendant la nuit. Elle a eu trois autres hémoptysies à diverses reprises, mais beaucoup moins abondantes que la première.

Etat actuel. — Suivant la malade, l'affection actuelle aurait débuté de la façon suivante : Un soir, à dîner, en mangeant une feuille de salade trop épicée, elle a été prise d'une vive oppression, d'une quinte de toux atroce et est devenue toute bleue. Les extrémités étaient froides. Un médecin, appelé, fit faire une piqure d'éther et, deux heures après, la malade revenait à elle. Pendant quinze jours, elle a eu une bronchite intense avec expectoration assez abondante, mais sur la nature de laquelle nous n'avons pas de renseignements. Depuis, la malade est sujette à de la toux, elle craché beaucoup, mais par crises, car il y a des moments d'accalmie. Les grandes crises datent de quinze jours, et se sont renouvelées depuis, à peu près tous les jours. Au moment de la crise, la toux augmente, la dyspnée aussi, et la malade a une sensation de gêne dans la poitrine, une douleur retro-sternale. Il semble, dit-elle, que l'air ne pénètre pas jusqu'où il devrait pénétrer. Bientôt, la crise s'accroît, la dyspnée est paroxystique, les téguments deviennent bleuâtres. C'est au milieu de ce cortège de symptômes qu'elle a une expectoration abondante, composée d'abord d'une quantité de liquide blanc, visqueux, un peu filant, comme de la salive, puis quelques crachats muco-purulents, enfin, et surtout, elle rend des amas de fausses membranes. Après le rejet des membranes, le calme revient et le lendemain tout rentre dans l'ordre. Le surlendemain, les phénomènes de bronchite augmentent de nouveau, pour aboutir encore à la crise. La malade a présenté ces crises une dizaine de fois.

Examen des divers organes.

Tube digestif : Un peu de constipation.

Appareil circulatoire : Rien, en dehors des crises.

Reins : Rien.

Système nerveux : Nécropathe, un peu d'hystérie.

Appareil respiratoire : Pas de déformations thoraciques, ni retrait secondaire.

Percussion : A gauche, rien d'appréciable ; à droite (côté de la pleurésie), sonorité moins franche, surtout dans la région axillaire, où la percussion, même la plus légère, est très douloureuse.

Auscultation : A gauche, rien d'appréciable ; à droite, diminution appréciable du murmure vésiculaire, pas de râles de bronchite, pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Fausse membranes. — La malade nous a apporté, dans son mouchoir, des fragments de son expectoration, datant de 48 heures. Nous avons pu les recueillir dans l'eau, où les membranes se sont étalées sous forme de lambeaux longs et larges de 3 à 4 centimètres environ. Ils s'écrasent entre deux lamelles. Ils ne sont ni tubulés, ni ramifiés. Les membranes sont feuilletées, et on peut voir qu'elles sont constituées, par des lames extrêmement minces, superposées. Elles ne se dissolvent pas dans l'eau, mais se dissolvent très bien dans les alcalis, d'où l'acide acétique ne les précipite plus.

Au microscope. — Membrane totalement amorphe, sans éléments cellulaires, se colorant faiblement par le picro-carmin ; à un fort grossissement, elles sont finement grenues.

20 avril. Depuis 3 jours, pas d'expectoration membraneuse. Expectoration muco-purulente de bronchite vulgaire.

21 avril. La malade, s'ennuyant, sort de l'hôpital.

HISTORIQUE

La Bronchite pseudo-membraneuse avait été diagnostiquée dès la plus haute antiquité.

Hippocrate parle d'un certain Phérécide qui crachait des concrétions laiteuses. Galien cite le cas d'un malade qui rendait des fragments de vaisseaux pulmonaires. Ces fragments de vaisseaux pulmonaires, dont parle le médecin grec, n'étaient autres que des fausses membranes. La théorie de Galien subsista jusqu'en 1697, époque à laquelle Clarke publia la première observation complète de Bronchite pseudo-membraneuse, et à laquelle les auteurs de l'époque donnèrent le nom de Bronchite polypeuse.

Mais ce n'est qu'en 1850, où les fausses membranes furent reconnues comme venant directement des bronches et produites par elles. En 1843, Franz Simon écrivit le premier que la substance fondamentale des fausses membranes était de la fibrine.

Depuis lors, plusieurs auteurs ont parlé de la Bronchite pseudo-membraneuse. En 1854, Thierfelder a publié un mémoire sur la Bronchite pseudo-membra-

neuse dans les *Archives de médecine*. Leudet, en 1855, en a publié un second dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. En 1861, M. le professeur Laboulbène, dans son *Traité des affections pseudo-membraneuses*, pense qu'il faut bien distinguer la forme aiguë de la forme chronique dans la Bronchite pseudo-membraneuse. Dans cette dernière, ce sont tantôt de vraies fausses membranes, tantôt des concrétions fibreuses, résultant comme le prétend Laënnec, de la coagulation du sang dans les bronches, à la suite d'hémorragies pulmonaires. En 1865, Gintrac a consacré un article à la Bronchite pseudo-membraneuse dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. En 1876, M. le docteur Paul-Lucas Championnière a fait paraître sa thèse sur la Bronchite pseudo-membraneuse. En 1887, M. Regard a présenté à la Faculté de médecine de Berne, une thèse sur la Bronchite fibrineuse.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La Bronchite pseudo-membraneuse est une maladie très rare. Il y a beaucoup de médecins praticiens qui traversent leur carrière médicale sans en observer un seul cas, et c'est précisément, vu cette rareté, qu'elle peut quelquefois ne pas être diagnostiquée, surtout, comme nous le dirons plus loin, lorsque les fausses membranes ne se voient pas nettement, sans être mises dans l'eau.

Distribution géographique. — Ce sont surtout les Anglais, les Américains et les Allemands qui ont étudié cette maladie. En France, nous trouvons peu d'observations. D'après Biermer, la Bronchite pseudo-membraneuse serait plus fréquente en Suisse.

Saisons. — C'est surtout au printemps que l'on verrait apparaître cette maladie, et, en particulier, à la fin d'avril ou au commencement de mai. La malade dont nous donnons l'Observation s'est présentée à l'hôpital Andral au mois d'avril.

Causes. — Nous pouvons diviser les causes de la

Bronchite pseudo-membraneuse en causes déterminantes et en causes prédisposantes.

Des causes déterminantes.

Les auteurs en parlent peu. Le froid paraît agir quelquefois, mais en déterminant seulement une Bronchite simple. Le Bœuf parle d'une Bronchite pseudo-membraneuse qui aurait été causée par l'emploi d'une forte dose d'essence de térébenthine. Valleix rapporte l'Observation d'un malade qui, à la suite d'aspirations de chlore et d'ammoniaque, aurait contracté la Bronchite pseudo-membraneuse. M. Lucas-Championnière celle d'un malade qui aurait contracté la même maladie, à la suite d'aspirations de vapeurs très chaudes.

Des causes prédisposantes.

Age. — L'âge ne semble pas déterminer de prédisposition particulière. Cette forme de Bronchite est toutefois plus rare dans l'enfance. Sur six Observations qu'a réunies Thierfelder, nous voyons que quatre fois la maladie aurait éclaté de 30 à 50 ans et une fois à 12 ans ; l'autre cas n'est pas indiqué. M. Lucas-Championnière a réuni quarantetrois Observations. Il y a 2 enfants au-dessous de 10 ans, 7 de 10 à 20, 6 de 20 à 30, 7 de 30 à 40, 5 de 40 à 50, 6 de 50 à 60. Pour dix cas, l'âge n'est pas déterminé. C'est donc surtout une maladie de l'âge adulte.

Sexe. — D'après les statistiques des auteurs, la

Bronchite pseudo-membraneuse serait plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur les 6 cas de Thierfelder, il y aurait 4 hommes et 2 femmes ; sur 44 cas réunis par Lebert, il y aurait 27 hommes et 17 femmes ; et sur les 43 Observations de M. Lucas-Championnière, 30 seraient relatives à des hommes, 12 à des femmes. Pour un cas, le sexe n'est pas déterminé.

Hérédité. — L'hérédité peut-elle être considérée comme une prédisposition à contracter la Bronchite pseudo-membraneuse ? Ce n'est pas encore suffisamment établi.

On a des Observations concernant divers membres d'une même famille. Ainsi, Watson nous raconte l'histoire de deux frères, appelés Daniel, dont l'un était médecin et l'autre avocat, qui contractèrent, à un an de distance, la Bronchite pseudo-membraneuse. Ce qu'il y a de sûr, c'est que l'hérédité prédispose aux affections des voies respiratoires.

Profession. — La profession ne semble pas exercer ici une influence. La classe pauvre n'est pas plus atteinte que la classe aisée, comme elle l'est généralement par les affections des voies respiratoires.

Diathèse. — Lasserre cite un cas de Bronchite pseudo-membraneuse chez un rachitique ; Rousseau rapporte l'Observation d'un malade qui avait en même temps la goutte. Jusqu'à quel point certaines diathèses peuvent-elles prédisposer à l'affection qui nous occupe ? Nous

ne pourrions le dire, et nous n'avons pas trouvé, dans les auteurs, des opinions sûres à ce sujet. Et si l'on a rencontré des cas de Bronchite pseudo-membraneuse chez des sujets soit ou rachitiques, ou goutteux ou syphilitiques, n'est-ce peut-être qu'une simple coïncidence.

Autrefois, l'on avait beaucoup incriminé la tuberculose. Laënnec considérait toute expulsion de fausses membranes provenant des bronches comme un symptôme de tuberculose. Du reste, dans presque toutes les autopsies de Bronchite pseudo-membraneuse qui ont été faites, on a trouvé en même temps des lésions tuberculeuses.

Cependant, depuis que l'on connaît indéniablement le bacille de la tuberculose, on a fait des recherches sur les crachats de malades atteints de Bronchite pseudo-membraneuse, et je ne connais pas de cas où le bacille de Koch ait été signalé. Peut-être la Bronchite pseudo-membraneuse est-elle un signe avant-coureur de la tuberculose ?

Grippe. — Nonat a rangé en première ligne, parmi les facteurs étiologiques de la Bronchite pseudo-membraneuse, la grippe. C'est après l'influenza que se seraient déclarés les cas qu'il a observés. Le malade de M. Roque n'a eu, comme maladie antérieure, à sa Bronchite pseudo-membraneuse, que la grippe. Cette affection est-elle capable d'occasionner la Bronchite à fausses membranes, ou voire même seulement d'y prédisposer ? Nonat a tellement insisté là-dessus, que nous avons voulu signaler le fait.

Constitution personnelle. — Les personnes atteintes de cette maladie, sont parfois d'une constitution délicate. Si vous les interrogez, elles vous racontent qu'elles sont particulièrement sensibles au froid, elles toussent pour la moindre imprudence faite par elles, elles ont déjà eu plusieurs bronchites. Il est des cas cependant, où on ne peut guère expliquer cette forme de maladie. Avant son affection, le malade avait toujours été bien portant, sa bronchite, d'ailleurs, ne paraît pas trop l'affecter, il vaque à ses occupations ordinaires. Notre malade nous a dit bien des fois, qu'en dehors des accès, elle ne se sentait nullement fatiguée.

Causes réelles. — D'après Weigert, il ne peut se produire un exsudat fibrineux à la surface de la muqueuse bronchique, si l'épithélium n'a été préalablement altéré. Ce qui paraîtrait donner raison à l'auteur, c'est que, dans la plupart des autopsies, en effet, on n'a pas retrouvé cet épithélium. Pourquoi cet épithélium se détache-t-il ? Quelle en est la cause ? Est-ce un agent infectieux qui produit cette nécrose ? Escherich a fait des inoculations avec des fausses membranes nouvellement expectorées. Il n'a obtenu aucun résultat.

Pour Mader, la Bronchite pseudo-membraneuse ne serait qu'un pemphigus de la muqueuse bronchique. Il cite le cas d'un malade sur lequel ont évolué, en même temps, une Bronchite pseudo-membraneuse et un pemphigus de la peau et des muqueuses respiratoires. Or, comme il a constaté l'identité absolue de structure entre les plaques et les fausses membranes, il se croit en droit de conclure que la Bronchite pseudo-

membraneuse n'est qu'un pemphigus de la muqueuse bronchique.

En somme, malgré les nombreuses causes de Bronchite pseudo-membraneuse que nous avons données, et peut-être à cause de cela, nous ne pouvons rien conclure sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection. Est-ce une maladie microbienne ? Nous avons dit qu'Escherich n'avait obtenu aucun résultat de ses inoculations de fausses membranes. Y a-t-il un rapport entre la tuberculose et la Bronchite pseudo-membraneuse ? Jamais le bacille de Koch n'a été retrouvé dans l'expectoration. La théorie de Mader est-elle vraie ? Est-ce un pemphigus de la muqueuse bronchique ? Nous sommes obligés d'attendre encore pour nous prononcer sur ce point.

SYMPTOMATOLOGIE

Exposé général.—La bronchite pseudo-membraneuse procède généralement par accès. Tout à coup, les malades sont pris d'une vive oppression, ils ressentent une douleur dans la région retro-sternale, ils ont une toux pénible, quinteuse, coqueluchoïde. Bientôt, la dyspnée s'accroît, elle devient paroxystique, il semble aux malades que l'air ne pénètre plus dans les poumons. Les téguments deviennent bleuâtres, les extrémités se refroidissent. C'est au milieu de ce cortège de symptômes qu'ils ont une expectoration abondante, composée d'abord d'une quantité de liquide blanc, visqueux, un peu filant, ressemblant à de la salive puis quelques crachats muco-purulents, enfin ils rendent des amas de fausses membranes. Après le rejet des fausses membranes, le calme revient, et quelques heures après, ou quelquefois le lendemain, tout rentre dans l'ordre.

Reprenons, un à un, les symptômes que nous venons d'énumérer, et disons d'abord comment peut débiter la Bronchite pseudo-membraneuse chronique.

Début. — La Bronchite pseudo-membraneuse ne débute pas toujours de la même façon. Nous avons pu constater qu'elle s'annonce de quatre façons différentes. Ou bien : 1^o Elle est chronique d'emblée ; alors nous voyons apparaître les fausses membranes dans les premières expectorations ; 2^o Quelquefois c'est pendant le cours d'une bronchite aiguë que le malade rend des fausses membranes. La bronchite, de l'état aigu passe à l'état chronique, et le malade continue à expectorer des fausses membranes ; 3^o D'autres fois, la maladie a bien encore débuté par l'état aigu, mais ce n'est que plus tard, alors que la bronchite était passée à l'état chronique, que le malade a craché des fausses membranes. C'est ainsi qu'avait débuté la maladie chez une jeune fille de 9 ans, dont Lasserre a publié l'Observation, en 1849, dans les *Archives de Médecine* ; 4^o Très souvent la maladie débute par une bronchite chronique sans rejet, tout d'abord, de fausses membranes. Ce n'est que quelques mois plus tard, quelquefois deux ou trois semaines après, comme dans une observation de Thierfelder, publiée en 1854, dans les *Archives de Médecine*, que l'on trouve des fausses membranes dans l'expectoration. Chez notre malade, ce n'est que six mois après.

Accès. — La Bronchite pseudo-membraneuse procède généralement par accès. Tout à coup, le malade est vivement oppressé, il ressent une douleur derrière le sternum, il lui semble que l'air ne pénètre plus dans la poitrine. La dyspnée est intense, la toux pénible, quinteuse, et ce n'est qu'après une abondante expectora-

tion que le malade est délivré de ses angoisses. Ces accès peuvent durer de quelques minutes à quelques heures. Le plus souvent, c'est le matin qu'ils se produisent, d'autrefois, c'est pendant la nuit que le malade s'éveille et qu'il est obligé de subir sa crise. La fréquence des accès est en rapport avec la quantité des concrétions qui se forment.

Expectoration. — Les malades expectorent d'abord un liquide blanchâtre, mais bientôt viennent des crachats muco-purulents, et enfin les fausses membranes sont rendues en dernier lieu.

Tantôt, elles sont en fragments isolés, tantôt sous forme de pelotons avec des filets de sang. Ce n'est que lorsqu'on met dans l'eau ce produit que l'on voit apparaître les tubes cylindriques. C'est un système de ramifications, irrégulièrement dichotomiques, de plus en plus fines, et arrivant à former un véritable chevelu. Les fausses membranes peuvent avoir de 3 à 4 centimètres de longueur jusqu'à 12 et 15 centimètres. Comme épaisseur, elles ne mesurent guère que 1 centimètre ou 2 au plus. Leur coloration est généralement d'un blanc laiteux, quelquefois blanc jaunâtre ou même nacré. Elles sont généralement assez fermes, denses, élastiques, bien que vers la fin de la maladie elles deviennent plus molles.

La quantité de l'expectoration varie. Des malades expectorent peu, d'autres, au contraire, expectorent jusqu'à plusieurs crachoirs.

Dyspnée. — C'est précisément au moment où se forment les concrétions que commence la dyspnée. Le malade est d'abord peu opprèsé, mais il lui semble que l'air ne se renouvelle pas vite dans l'endroit où il se trouve. Bientôt la respiration devient plus fréquente, elle augmente, elle s'accélère. Le malade a de l'angoisse, il fait des efforts, ses téguments se cyanose, une suffocation est imminente. Mais c'est précisément au moment où le malade est le plus effrayé que la rémission arrive, et, de la grande anxiété où il se trouvait, il passe brusquement au calme.

Andral, cependant, cite un cas où la dyspnée fut si violente, que le malade fut emporté avant d'avoir rendu ses membranes. La mort fut sans doute occasionnée par les fausses membranes formant un bouchon sur une bronche assez importante de l'arbre respiratoire.

La dyspnée peut s'expliquer de trois façons différentes :

- 1^o Tantôt elle est produite par un excès de sécrétions bronchiques. On a vu des malades remplir plusieurs crachoirs dans quelques heures. Mlle R..., étant venue un matin consulter M. le professeur Debove, rendit, en notre présence, dans son mouchoir, en l'espace d'un quart d'heure, la valeur d'un verre ordinaire ;
- 2^o Tantôt elle reconnaît pour cause la difficulté avec laquelle l'air pénètre dans les poumons. Les fausses membranes, par leur volume ou leur nombre, forment ainsi un bouchon plus ou moins obturateur ;
- 3^o On pourrait encore expliquer la dyspnée par la congestion pulmonaire. Il se produit ici ce qui se passe

dans la coqueluche : sous l'influence des efforts que déterminent la toux dans la coqueluche et l'expectoration dans la Bronchite pseudo-membraneuse, il se produit une congestion intense, une stase de sang, qui fait que les globules rouges ne peuvent se trouver assez fréquemment en rapport avec l'oxygène de l'air ; la dyspnée est ainsi produite par insuffisance de l'hématose. Généralement, cette dyspnée s'effectue sans dépression épigastrique et sus-sternale, c'est-à-dire sans tirage. Nous avons trouvé, mentionnée cependant, la respiration avec tirage, dans l'Observation de M. Roques, de Lyon.

Toux. — La toux est l'acte par lequel l'organisme tend à se débarrasser des exsudats qui se trouvent dans le larynx ou les bronches. Elle reconnaîtra donc la même cause que la dyspnée. Elle devrait disparaître après l'expulsion des fausses membranes. Quelquefois il en est ainsi ; le plus souvent toutefois elle persiste, mais elle ne conserve plus alors ses caractères, parce qu'elle ne dépend que du catharre bronchique. Au début de l'accès, elle est sèche, se produisant à de plus longs intervalles. Au milieu de l'accès, elle devient quinteuse, pénible, les quintes sont longues, nombreuses, l'inspiration est bruyante, si bien qu'on l'a comparée à la toux de la coqueluche. Elle suit ordinairement la marche de la dyspnée, plus celle-ci augmente et plus la toux devient pénible. Elle cesse, enfin, ou du moins perd ses caractères, après l'expulsion des fausses membranes.

Voix. — La voix est généralement intacte. Chez notre malade nous n'avons rien remarqué de particulier à cet égard. Et si quelques auteurs ont signalé quelques cas de raucité, cela tient à une laryngite concomitante.

Hémoptysie. — Avant de parler de la fièvre et des troubles de la circulation et de la respiration, nous croyons devoir nous étendre un peu sur les hémoptysies, car, si chez notre malade, ces hémorrhagies ont eu lieu avant ses accès, c'est-à-dire au mois de novembre, alors que le début de ses crises n'a été qu'au mois de mars, il est des malades qui ont présenté ces hémorrhagies dans l'intervalle des accès. Il est d'une très grande importance de connaître la possibilité de ces hémoptysies dans la Bronchite pseudo-membraneuse. Si l'attention du médecin n'est pas éveillée sur ce point, il pourra peut-être croire à un début de tuberculose, surtout si le sang rejeté en assez grande abondance, empêche de reconnaître aucune trace de fausse membrane. Ce n'est, en effet, que lorsqu'on met dans l'eau le produit d'expectoration et qu'on l'y agite, de façon à bien le débarrasser de la sécrétion catarrhale et du sang qu'il peut y avoir, que l'on voit apparaître les fausses membranes. Comme nous l'avons rapporté dans l'Observation, notre malade a eu quatre hémoptysies. La première a été très abondante à ce qu'elle dit, et est survenue brusquement pendant la nuit. Les trois autres auraient été peu abondantes. Quelle est la signification de ces hémorrhagies ? Nous savons qu'el-

les ont eu lieu avant les crises, mais ont-elles eu lieu avant le début de la maladie ? La malade prétend avoir eu une pleurésie droite au mois d'août. Un médecin l'a diagnostiquée. Mais comme elle n'a pas été ponctionnée, nous sommes en droit de faire des réserves, et si sa maladie du mois d'août, avec absence de murmure vésiculaire du côté droit, n'avait été que la maladie actuelle, nous ne verrions rien d'étonnant à ce que notre malade ait eu des hémoptysies.

Nous savons, par les observations, que même en dehors des complications tuberculeuses, les malades atteints de Bronchite pseudo-membraneuse ont de vraies hémoptysies. Mais, si sûrement la malade a eu une pleurésie au mois d'août, les hémoptysies du mois de novembre ne seraient-elles pas un signe avant-coureur de la tuberculose ? Il serait téméraire, à ce qu'il nous semble, de nous prononcer. Ce qui est certain, c'est que lorsque nous avons vu la malade il n'y avait aucune trace de tuberculose.

Quel est le caractère de l'hémoptysie dans la Bronchite pseudo-membraneuse ? Tantôt, ce sont de petites taches sanguinolentes répandues dans le liquide muqueux, tantôt, ce sont de vraies hémoptysies. Il est probable que le sang provient de petites ruptures vasculaires produites par les quintes de toux ou par le décollement des fausses membranes ; mais ces hémoptysies ne sont jamais bien graves.

Fièvre. — La maladie qui nous occupe est une affection apyrétique. Notre malade n'a pas eu de fièvre les

quelques jours qu'elle a passé à l'hôpital. Le malade de M. Lucas-Championnière n'a jamais eu plus de 37°3. Celui de M. Homolle (service de M. Guyot, Lariboisière, 1872) n'a pas eu de fièvre non plus. Dans les cas aigus, on observe une fièvre modérée avec un léger frisson, signe avant-coureur d'une crise qui commence, comme chez le petit malade de Lasserre, qui crut tout d'abord à une crise asthmatique. Pendant les accès, il y a très souvent des sueurs profuses, dont la cause en est les efforts du malade, qui cherche à expulser ses fausses membranes.

Pouls. — Bien qu'il n'y ait pas une relation bien sûre entre la fièvre et le pouls, ce dernier suit ordinairement la température et varie avec elle. Dans la Bronchite pseudo-membraneuse, en dehors des accès, on ne constate rien de particulier. Pendant les accès, il est rapide, impossible quelquefois à compter, très souvent irrégulier.

Troubles circulatoires. — La malade, dont l'Observation a été le sujet de notre thèse, ne présentait aucun trouble respiratoire. Cependant, en relisant les Observations publiées auparavant, nous avons trouvé relaté un œdème des membres inférieurs. Barthez, dans une Observation publiée en 1851, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, parle d'une malade, âgée de 57 ans, atteinte de Bronchite pseudo-membraneuse, qui avait de l'œdème des membres inférieurs. Dans une autre Observation, publiée en 1869, dans le *Lyon médical*, Laure cite un cas de Bronchite pseudo-mem-

braneuse avec œdème des membres inférieurs. Cet œdème est-il un symptôme ou du moins un phénomène lié à la Bronchite pseudo-membraneuse ? Nous ne le croyons pas. La malade de Barthez avait, en même temps, de l'emphysème, le malade de Laure une congestion du foie et des palpitations de cœur, aussi, nous préférons mettre cet œdème sur le compte d'affections accompagnant la Bronchite pseudo-membraneuse. Nous voyons, du reste, dans l'Observation de Laure, que l'œdème disparut de chez son malade alors que sa Bronchite ne s'était pas amendée.

Comme nous venons de le voir, les signes fonctionnels sont très nombreux et très importants, les signes physiques, moins nombreux et moins importants, peuvent nous être cependant de quelque utilité.

Examen de la poitrine.

1° *Inspection.* — L'inspection du thorax ne nous donne pas des renseignements de valeur. Riegel signale un retrait du segment inférieur du thorax quand l'obstruction envahirait les ramifications bronchiques ;

2° *Percussion.* — La percussion ne donne rien de caractéristique. Notre malade avait, à droite, de la submatité dans la région axillaire, la percussion y était, en outre, douloureuse. Comment pourrions-nous expliquer cette submatité, d'abord, et, en second lieu, la douleur.

Quoique nous ayons dit tout d'abord que la matité ne donnait généralement rien de caractéristique dans

la Bronchite pseudo-membraneuse, on comprend toutefois que le développement de fausses membranes sur une ou plusieurs bronches pût occasionner un peu de submatité. Nous avons pensé un moment que la pleurésie antérieure (que nous ne nions pas, mais que nous suspectons) aurait pu laisser cette zone de submatité. Une pleurésie peut laisser en effet après elle, pendant un certain temps, de la submatité ; mais alors cette submatité se trouve dans le tiers inférieur du poumon, surtout chez notre malade, devrait-elle se trouver dans cette zone, puisque l'épanchement (s'il a existé) a dû être peu considérable, puisqu'il n'a pas nécessité la ponction. Quant à la douleur assez intense que ressentait notre malade à la percussion dans la région axillaire, nous ne voyons pas comment nous pourrions la rattacher à sa Bronchite pseudo-membraneuse. Les fausses membranes développées dans les bronches occasionneraient-elles une douleur, comme celle de la pneumonie ou de la pleurésie, avec intensité moindre ? Nous n'avons pas trouvé ce fait relaté, et nous ne voyons pas d'ailleurs comment on pourrait l'expliquer ? Cette douleur axillaire chez notre malade tenait-elle peut-être à une simple névralgie intercostale, tout à fait indépendante de la lésion de ses bronches ? Peut-être ne faudrait-il pas oublier non plus que notre malade est une névropathe ?

3° *Auscultation.* — Pas plus que par la percussion, on ne peut faire le diagnostic de Bronchite pseudo-membraneuse par l'auscultation. Cette dernière cependant peut quelquefois nous être utile. On doit ausculter son malade pendant l'accès et dans l'intervalle des

accès. Si on ausculte pendant l'accès, on remarque l'absence, ou tout au moins l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Ceci s'explique facilement par l'obturation plus ou moins complète des bronches par la fausse membrane. Aussi, cet affaiblissement du murmure vésiculaire est-il localisé dans une certaine partie du poumon. Si, après un accès d'expectoration, nous entendons le murmure respiratoire à l'endroit où le silence était noté auparavant, nous serons en droit de conclure qu'il y avait bien une obturation quelconque empêchant l'air de pénétrer dans cette partie du poumon. C'est ainsi que l'auscultation peut nous aider à confirmer un diagnostic, et surtout à localiser le processus. En dehors des accès, on entend souvent chez ces malades des râles sibilants et ronflants, qui sont d'ailleurs les signes habituels de la bronchite. Notre malade ne présentait pas de râles de bronchite, on constatait seulement à droite une diminution du murmure vésiculaire.*

Certains auteurs ont signalé des bruits particuliers, tels que bruit de drapeau, râles crépitants, bruit d'une pelure d'oignon froissée, mais comme ces modifications respiratoires manquent dans la plupart des cas, nous ne croyons pas devoir y ajouter grande importance. Au reste, on peut facilement expliquer ces bruits par l'influence de l'air sur des concrétions attenant aux bronches par l'une de leurs extrémités. On a constaté quelquefois des râles crépitants et des râles à grosses bulles. Chez le malade de M. Caussade, on percevait des râles à grosses bulles qui remplaçaient de temps

en temps les râles sous-crépitaux, et à certains jours, on trouvait un souffle bronchique très net, bien caractérisé.

Etat général. — Notre malade est d'une constitution robuste et ne semble pas du tout atteinte par son affection. La plupart des auteurs disent du reste que les malades ne sont pas affectés par la maladie. Le malade d'Hyde Salter conserva « toujours une santé parfaite. » Celui de Thierfelder « se sentait si peu malade, qu'il put continuer le pénible service de garçon d'hôtel. » M. Regard a vu chez son malade « une tendance à l'obésité évoluer en même temps que se continuait l'affection bronchitique. » Et si on trouve quelquefois mentionnée la cachexie vers la fin de la maladie, nous ne croyons pas que la bronchite soit la cause de cet épuisement. Ces malades qui arrivent à la cachexie sont généralement des diathésiques. La tuberculose doit surtout être incriminée ; de telle sorte que la Bronchite pseudo-membraneuse est plutôt alors symptomatique qu'une entité morbide.

Diverses formes de Bronchite pseudo-membraneuse. — La Bronchite pseudo-membraneuse ne procède pas toujours par accès. Il est des cas où les malades rendent leurs fausses membranes sans toux quinteuse ni dyspnée. Rien ne fait soupçonner la maladie, que l'on diagnostique seulement si l'on met les crachats dans l'eau, où les fausses membranes s'étalent. Certains autres malades ont tantôt des accès et tantôt crachent leurs mem-

branes, sans angoisse prémonitoire, sans l'aura de la maladie.

Marche. — La Bronchite pseudo-membraneuse est pour ainsi dire une maladie intermittente. C'est une affection qui revient par accès, et qui ne se révèle par aucun symptôme dans l'intervalle des accès. Qu'est-ce qui caractérise en effet la Bronchite pseudo-membraneuse? Une expectoration renfermant des fausses membranes. Or, sauf quelques rares exceptions, les membranes ne sont pas expulsées sans angoisse prémonitoire. Rien de plus bizarre aussi que la marche de cette maladie. Certains malades ont deux ou trois accès par jour, d'autres un par jour, un tous les deux jours, un tous les mois; un malade eut un second accès 16 ans après le premier. La marche dépendra donc en grande partie du nombre des accès. Si les accès sont par trop nombreux, ils finiront par fatiguer le malade. Dans ces cas rares, il est vrai, on voit arriver la cachexie. Mais en général, les malades ne sont pas trop affectés du rejet des fausses membranes. Ils vivent comme s'ils étaient atteints d'une simple bronchite. On a constaté deux ou trois fois des cas où les malades ont été emportés dans un accès de dyspnée intense, avant même d'avoir expulsé leurs fausses membranes. Tel est le cas d'Andral. Rillet et Barthez n'ont porté un diagnostic sûr de Bronchite pseudo-membraneuse, chez une jeune fille phtisique qu'après son autopsie. Ils ont trouvé à l'entrée de l'une des bronches du lobe inférieur, une masse blanchâtre qui faisait l'office de bouchon, et qui n'était autre qu'une fausse membrane.

Durée. — Nous voyons ainsi, d'après ce que nous venons de dire, qu'il est bien difficile de donner une durée non seulement exacte, mais même approximative de cette maladie. Sa durée varie de quelques semaines, voire même de quelques jours à plusieurs années. Un malade peut mourir de suffocation dans un accès, alors qu'un second continuera à cracher des fausses membranes pendant quatorze ans (Cas de Barthez). Une autre cause qui empêche de calculer la durée de la Bronchite pseudo-membraneuse, c'est que le médecin ne peut connaître la date du premier accès suivi d'expectoration de membranes. Il est appelé auprès du malade longtemps après le début, sans qu'il puisse être renseigné suffisamment sur l'époque à laquelle a débuté l'affection. Bien des fois encore, l'observation est publiée, sans que la guérison puisse être considérée comme définitive, peut-être sommes-nous dans ce cas pour notre malade.

Pronostic. — De même qu'on ne peut établir la durée de la maladie, on ne peut guère affirmer nettement quel sera le dénouement de cette forme de bronchite. Le pronostic dépend : 1° de l'extension du mal. Il est évident que le malade qui aura non seulement les petites bronches, mais encore les bronches de moyen calibre et les grosses bronches de prises sera plus exposé qu'un malade, par exemple, dont le processus ne dépasserait pas les petites bronches; 2° La Bronchite pseudo-membraneuse en elle-même, comme nous l'avons dit plus haut, n'est généralement pas dangereuse. Mais, si cette

même bronchite se greffe sur une autre maladie, comme sur la tuberculose, par exemple, le rejet des fausses membranes ne pourra qu'aggraver l'affection préexistante ; elle n'est alors qu'une bronchite symptomatique et non une entité morbide ; 3^e Il est des cas, rares, il est vrai, comme nous l'avons déjà dit, où les accès se produisent à des intervalles très courts. On comprend que dans ces conditions, le malade dépérisse petit à petit, et soit même emporté par le mal, si les accès sont nombreux durant un temps relativement long. Voici, d'après Lebert, et M. Lucas-Championnière, quels sont les proportions des décès : Lebert donne une proportion de trois sur 27, et M. Lucas-Championnière, une proportion de 4 décès sur 26. Dans la Bronchite pseudo-membraneuse aiguë, on trouve une proportion de 50 0/0.

Diagnostic clinique. — En faisant l'anatomie pathologique de la Bronchite pseudo-membraneuse, nous décrirons les caractères différentiels des fausses membranes, pour le moment, nous nous contenterons de séparer cliniquement l'affection qui nous occupe de celles qui pourraient lui ressembler. Comme nous l'avons déjà répété plusieurs fois, la Bronchite pseudo-membraneuse est caractérisée par le rejet des fausses membranes. Mais ici, comme dans tous les cas, du reste, il y a des exceptions. Et il peut y avoir Bronchite pseudo-membraneuse, sans rejet très net de fausses membranes. Il faut donc chercher à diagnostiquer cette maladie, non seulement quand son symptôme caractéristique existe, mais même quand il n'est pas très apparent. Andral nous apprend dans ses cliniques

comment il faudra nous y prendre pour tâcher de ne pas faire erreur. On doit se baser sur certains signes stéthoscopiques. Ainsi, un de ses malades atteints de Bronchite chronique est pris, étant à l'hôpital, d'une dyspnée intense avec suffocation. On ausculte son poumon droit, et l'on trouve ceci : absence du murmure vésiculaire localisé dans une certaine partie du sommet du poumon. Le malade étant mort le jour même, on fit l'autopsie. On trouva dans la bronche principale, du côté droit, une fausse membrane l'obstruant. Il est probable que cette fausse membrane n'ayant pu être expulsé par les efforts de la toux, avait empêché la rentrée de l'air et occasionné la mort du malade par asphyxie. On pourrait confondre quelquefois la Bronchite pseudo-membraneuse avec l'emphysème pulmonaire. Dans cette dernière affection en effet, il peut y avoir comme dans la bronchite pseudo-membraneuse des accès de dyspnée et de la diminution du murmure vésiculaire. Andral nous cite encore un cas où il avait cru avoir affaire à un emphysème pulmonaire, alors que l'autopsie vint prouver le contraire. On trouva une bronche obstruée par une fausse membrane. Cependant dans l'emphysème il y a la plupart du temps des signes qui ne se voient pas dans la Bronchite pseudo-membraneuse, tels que : la voussure du thorax, une sonorité exagérée, les râles sibilants, ronflants et sous-crépitaux, qui constituent le bruit de tempête. Le diagnostic deviendrait difficile, si avec la Bronchite pseudo-membraneuse il y avait en même temps emphysème.

Certains auteurs donnent comme signe caractéristique : le bruit de drapeau. Le docteur Roche a publié, dans *l'Union Médicale* de 1853, une Observation où il signale ce bruit comme très net. Mais dans les Observations que nous avons lues, nous avons trouvé ce signe relaté si peu de fois, que nous ne pouvons lui donner une réelle importance pour le diagnostic. Il est bon de savoir cependant qu'il peut exister, car, dans des cas rares il est vrai, il pour-rail nous être utile. Nous en dirons autant des râles crépitants que l'on a signalés dans quelques Observations (Causade). Dans le cas de corps étrangers des voies aériennes, les antécédents du malade nous éclaireront suffisamment, je crois, si l'accident vient de se produire pour n'avoir pas à redouter la confusion. Si l'accident s'était déjà produit depuis longtemps, comme certains symptômes ressemblent à ceux de la Bronchite pseudo-membraneuse, il faudrait songer à la possibilité d'un corps étranger. Bourdillat, cité par Monsieur le professeur Tillaux, rapporte le cas d'un homme de 45 ans, qui ayant avalé un noyau de cerise, sentit un léger picotement au niveau du larynx, et ce fut tout. A partir du lendemain, toux quinteuse et opiniâtre, il maigrit et fut considéré comme phthisique. Cette Observation nous prouve qu'en face d'accès de quintes de toux, de bruits de soupape que nous donne l'auscultation si le corps est flottant, les corps étrangers peuvent être méconnus. Il y a un signe cependant qui nous fera penser à un corps étranger, c'est l'existence d'une douleur persistante et localisée en un point de l'arbre aérien.

Nous arrivons maintenant au diagnostic de la Bronchite pseudo-membraneuse avec rejet de fausses membranes. Et d'abord comment arriverons-nous cliniquement à savoir si les concrétions viennent du larynx, des alvéoles ou d'ailleurs, après avoir suivi un chemin dévié, comme dans le cas de vomique d'un kyste hydatique du poumon ou du foie. Dans la laryngite pseudo-membraneuse, le bruit vésiculaire peut être affaibli, même aboli par la seule obstruction du larynx. Mais dans ce cas, la voix est modifiée, elle est rauque, souvent éteinte, la toux également ; l'inspiration est sifflante, il y a toujours du tirage. Dans la Bronchite pseudo-membraneuse, la voix a conservé son timbre normal, à moins de laryngite concomitante, ce qui rend le cas difficile, la toux n'est jamais éteinte, il n'y a pas de tirage. Ce signe est cependant mentionnée dans l'Observation de Roques, de Lyon, mais c'est la seule que nous ayons trouvée mentionnant ce symptôme. Comment saurons-nous, en second lieu, si les concrétions viennent des alvéoles ou des bronches. Voici, d'après M. Letellier, la différence entre la Bronchite pseudo-membraneuse et la broncho-alvéolite. « La Bronchite pseudo-membraneuse est caractérisée par la formation de concrétions demi-solides ou solides dans le cours d'altérations catharrales des bronches. Cette formation ne provoque d'autres symptômes que des symptômes mécaniques de dyspnée. Elle est liée à l'existence d'une hypercrétion bronchique, épaisse, filante et visqueuse. Elle ne s'accompagne pas comme la broncho-alvéolite d'hémoptysies persistantes. Ces

divers caractères nous paraissent suffisants pour distinguer les deux affections. » Thèse, Bordeaux, 1888. Dans le cas de vomique d'un kyste hydatique, le malade peut être pris de malaise, de dyspnée, de toux quinteuse avant sa vomique, ce qui ressemblerait beaucoup aux accès de la Bronchite pseudo-membraneuse. Mais les antécédents du malade et surtout les caractères de l'expectoration, nous permettront de ne jamais confondre, après examen, ces deux affections. Pourrait-on croire à une tuberculose, dans le cas de Bronchite pseudo-membraneuse ? La confusion a déjà été faite, et pour notre malade en particulier. Le médecin qui envoya Mlle R... chez Monsieur Debove, croyait à un début de tuberculose. Les hémoptysies antérieures aux accès de Bronchite pseudo-membraneuse n'avaient pas peu contribué à induire en erreur pour le diagnostic de notre malade. Toutefois l'examen même uniquement clinique de l'expectoration suffit à faire diagnostiquer autre chose qu'une tuberculose, alors même que la malade serait déjà tuberculeuse.

Quant au diagnostic de la localisation, on peut le faire par l'auscultation qui nous est ici d'une grande utilité et par l'étude des fausses membranes que nous rapporterons à telles subdivisions des bronches, suivant leur mode de ramification et leur volume.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies de Bronchite pseudo-membraneuse sont bien rares, pour que nous puissions décrire des lésions vraiment caractéristiques des bronches ; quant à l'anatomie pathologique de la fausse membrane, nous pourrons la faire plus au long.

1^o Lésions des bronches. — Nous allons dire quelques mots des lésions de la muqueuse, de la sous-muqueuse et du tissu pulmonaire environnant. La muqueuse, comme dans les inflammations en général, est rouge, tuméfiée, avec quelques petits épanchements sanguins. Quelquefois cependant on l'a trouvée d'une blancheur remarquable. L'épithélium fait généralement défaut au-dessous des fausses membranes. Nous avons vu précédemment que d'après Weigert, pour qu'un exsudat fibrineux coagulable se produisit à la surface de la muqueuse bronchique, il fallait que l'épithélium ait été altéré. Biermer l'a cependant trouvé intact dans un cas. Quant à la sous-muqueuse elle est généralement cedématisée. Le tissu pulmonaire a presque toujours été trouvé lésé dans les autopsies de Bronchite

pseudo-membraneuse. Mais il faut dire que dans la plupart des autopsies, la bronchite était symptomatique. Il est tout naturel alors que l'on ait trouvé les lésions de la maladie antérieure.

2° *Anatomie de la fausse membrane.* — Disons tout d'abord que l'examen bactériologique ne nous a donné aucun résultat, mais nous n'avons pu examiner que des membranes datant de 48 heures et que la malade nous a apportée dans un mouchoir.

Nous allons examiner successivement la structure, l'examen microscopique et les caractères chimiques de la fausse membrane.

1° *Structure.* Les fausses membranes se développent surtout à partir des troisième et quatrième subdivisions bronchiques. Elles sont rendues sous forme d'un peloton informe blanc mat, blanc jaunâtre. Elles s'étalent dans l'eau. Une fois étalées, elles se présentent sous forme de tiges, longues de 3 à 4 centimètres environ. Si l'on pratique une coupe transversale, on remarque qu'elles sont disposées en feuillets concentriques que l'on peut séparer. Cette structure lamelleuse semblerait indiquer que l'exsudation s'est produite par poussées successives. C'est surtout à la périphérie que l'on trouve cet aspect feuilleté. Au centre de ce système lamelleux, se trouve un canal plus ou moins ouvert, contenant du mucus et quelques bulles d'air. Ce canal n'existe pas cependant toujours. Dans le cas de M. Caussade « la tige principale, de la grosseur d'une plume d'oie, et au-delà, était

un cylindre plein, ne présentant dans son intérieur aucune trace de canal.

D'après Riegel le tronc principal serait encore le plus souvent plein. M. Lucas-Championnière considère la présence d'un canal comme très exceptionnelle. Pour notre malade, non seulement, nous n'avons pas constaté la présence d'un canal, mais la forme cylindrique était même mal indiquée. Il faut croire cependant que ce canal doit exister le plus souvent, car les anciens avaient pris les fausses membranes pour des morceaux d'artères, de l'artère pulmonaire en particulier. Lebert admet que les cylindres développés dans les bronches de deuxième et de troisième ordre sont creux, tandis que ceux développés dans les bronches de plus fin calibre sont pleins.

Nous disions tout à l'heure que chez notre malade la forme cylindrique était mal indiquée. Les membranes avaient été rendues, en effet, sous forme de débris isolés, et aplatis; c'était l'expectoration fragmentée de Valleix, avec les lambeaux membraneux de Mader. Il est probable que la déchirure des membranes avait été produite par les efforts d'expulsion. Elles ressemblaient à des morceaux de *toenia*. Il est vraisemblable de croire qu'elles provenaient des grosses bronches.

2° Examen microscopique. — Au microscope les fausses membranes de notre malade semblaient formées d'une masse fondamentale, amorphe, sans éléments cellulaires. Elles se coloraient faiblement par le *pdicrocarmin*. A un fort grossissement elles semblaient fine-

ment grenues. Presque tous les auteurs ont signalé des éléments cellulaires emprisonnés dans la substance amorphe, et constitués par des globules blancs et quelquefois des globules rouges. M. Caussade a signalé quelques bacilles sans caractère d'ailleurs. Le microscope n'a jamais révélé la présence de vaisseaux sanguins.

3° *Caractères chimiques.* — Les fausses membranes ont les réactions de l'albumine coagulée. Elles sont insolubles dans l'eau et l'eau salée, mais solubles dans l'eau de chaux. La teinture d'iode les colore en jaune, l'acide sulfurique délié les dissout, l'eau alcoolisée les conserve indéfiniment, l'eau simple les conserve quelque temps, puis les dissout. D'après M. le professeur Grancher, qui a examiné les fausses membranes pour M. Lucas-Championnière, ces dernières seraient constituées d'une substance demie-transparente, avec quelques gouttelettes fines de mucine. Ce serait des matières muqueuses et albuminoïdes. Voici, d'après ce même auteur, quelle est la différence entre la fausse membrane de la bronchite et celle du croup. « Celle-ci est une membrane fibro-albumineuse, dont la substance est disposée en lames à la fois articulées et stratifiées, englobant des leucocytes et probablement des cellules épithéliales. Cette membrane est disposée régulièrement dans tous les plans. Tandis que, dans la fausse membrane bronchique, les contours sont irréguliers. Donc, d'après M. le professeur Grancher, l'une est un exsudat de surface, l'autre est un exsudat glandulaire. »

M. Wurtz, M. le professeur Straus et M. Brossard, qui

ont examiné le liquide expectoré par le malade de M. Caussade, en ont donné les caractères suivants : 1° Sa densité est comprise entre 1101 et 1102. Sa réaction est acide. Il ne renferme pas d'albumine. Cinq centimètres cubes évaporés à siccité ont donné 0 gr. 116^{mm} de matières solides. Le résidu calciné a donné 0 gr. 030^{mm} de chlorure ou de phosphate. 2° Les grumeaux séparés du liquide, traités par l'acide chlorydrique à 1/1000 et mis à 40° à l'étuve d'Arsonval, pendant 24 heures, se sont associés et dissous en partie. Le produit de la filtration neutralisé, précipite en flocons blanchâtres, solubles dans l'eau de chaux (Syntonine). Les grumeaux sont donc composés de fibrine. Réaction du liquide primitif neutre puis alcalin. Densité 1010 à 150°.

Lorsqu'on voit deux anatomo-pathologistes comme M. le professeur Grancher et M. le professeur Straus, nous dire l'un, que les fausses membranes sont composées de mucine, l'autre de fibrine, il serait bien téméraire de notre part de venir formuler que ces fausses membranes sont composées ou de mucine, ou de fibrine. Nous préférons croire que dans les fausses membranes du malade de M. Lucas-Championnière, il y avait de fines gouttelettes de mucine, et dans les fausses membranes de celui de M. Caussade, de la fibrine. Pour les fausses membranes de notre malade, nous avons trouvé qu'elles étaient composées surtout de fibrine. M. Regard admet en général que les fausses membranes sont composées de fibrine. Nous ne pouvons pas toutefois être encore très affirmatif, quoique le plus grand nombre des observations nous disent que les fausses membranes soient composées de fibrine.

TRAITEMENT.

La Bronchite pseudo-membraneuse a été traitée par la plupart des médecins, comme la bronchite chronique simple. Il existe toutefois, deux indications principales, qui découlent de la caractéristique de la maladie elle-même : l'une est de contribuer à l'élimination des fausses membranes ; l'autre de combattre leur formation. Pour diminuer l'adhérence des fausses membranes et obtenir leur ramollissement, on a essayé les expectorants. Mais, jusqu'ici, ils n'ont pas donné de bons résultats. D'après certains auteurs, les inhalations réussiraient bien mieux. Ainsi, certains malades se sont bien trouvés des inhalations d'acide lactique à 2 0/0, d'autres, des inhalations de carbonates alcalins à 1 0/0. On a encore ordonné les vomitifs. Ceux-ci peuvent être employés avec succès, mais il faut savoir quand on doit les administrer. Ce n'est pas au début, alors que les membranes sont encore trop adhérentes à la paroi bronchique. Ce n'est qu'après le ramollissement des membranes par les moyens précédents, qu'ils seront utiles et devront être préconisés. L'apomor-

phine est le vomitif le plus employé, et pour la raison suivante : C'est que devant être répété assez fréquemment, elle a une action moins hypothénisante (Rugel). Pour la seconde indication, les thérapeutes se sont d'abord adressés aux antiphlogistiques. Ils ont ordonné les émissions sanguines locales, mais pas plus que la saignée, elles n'ont donné de résultats. L'iodure de potassium compte, au contraire, plusieurs succès. Pour ce qui regarde notre malade, elle s'est bien trouvée du traitement par l'iodure de sodium ; le rejet des fausses membranes a totalement disparu depuis déjà six mois. Comment agit l'iodure de sodium dans le cas présent ? Ce sel, absorbé rapidement par l'estomac, s'élimine comme on sait, par les muqueuses pharyngées et bronchiques. En s'éliminant, il produit une hypersécrétion par inflammation catarrhale des muqueuses, et détache ainsi les fausses membranes adhérentes aux bronches, et s'oppose par le fait même à de nouvelles formations. Mais on ne doit pas se contenter de ce seul traitement, on doit encore employer les toniques et les reconstituants, qui conviennent bien, d'ailleurs, dans la majorité des cas, à la constitution faible du malade. Les ferrugineux, le quinquina, le séjour à la campagne, doivent être prescrits et faire partie intégrante du traitement.

CONCLUSION.

Pour nous résumer, nous dirons que la Bronchite pseudo-membraneuse chronique, maladie très rare, puisque la science n'en possède guère plus de 120 observations, est une affection qui vient par accès et qui est caractérisée par le rejet de fausses membranes. Elle peut être symptomatique; mais c'est aussi une entité morbide. Aujourd'hui, nous connaissons bien ces symptômes. L'anatomie pathologique est moins bien connue, le petit nombre d'autopsies n'ayant pas permis de caractériser complètement les lésions bronchiques.

Quant à son étiologie et à sa pathogénie ! Quels sont les causes de la bronchite pseudo-membraneuse chronique ? On ne le sait pas encore. Y aurait-il une diathèse prédisposant à la production de pseudo-membranes sur les muqueuses. Nous avons vu que notre malade rejetait des fausses-membranes avec le saug de ses règles. Nous ne saurions l'affirmer, les exemples sont encore trop peu nombreux.

OBSERVATIONS

M. Lucas-Championnière, à la fin de son travail sur la Bronchite « pseudo-membraneuse chronique », a donné les Observations importantes qui avaient paru avant 1876 ; nous y renvoyons le lecteur. Nous donnons ici les quelques Observations importantes, et qui se rapportent bien à notre cas, qui ont paru depuis 1876.

Docteur DÉJEAN.

OBSERVATION II.

(Thèse de M. REGARD.)

Due à M. le Professeur Dr Lichtheim, qui fut appelé en consultation auprès du malade, le 19 décembre 1886.

Il s'agit d'un homme de 51 ans, B... H..., meunier, qui, depuis un grand nombre d'années, a le souffle court.

En 1870, fracture du col du fémur gauche, guérie avec dislocation. Obligé de rester couché très longtemps, il croit avoir eu, à cette époque, une inflammation de poitrine. Depuis lors, il a toujours toussé et souffert d'oppression.

Forte cyanose. Dyspnée très considérable, expiratoire ; elle devient très violente dès que le malade se couche sur le côté droit

ou sur le dos. Décubitus forcé à gauche. Anasarque des extrémités inférieures, scrotum et peau de l'abdomen.

Poumon droit. — Percussion normale, auscultation normale.

Poumon gauche. — Percussion normale, respiration très forte, sifflante. Partout râles ronflants et craquements, surtout au niveau du lobe inférieur.

Cœur. — Matité augmentée; bruits purs; P. environ 100, assez plein.

Abdomen. — Météorisme, foie tuméfié, pas d'anité. Toux très fréquente et angoissante; respiration très difficile, trois à quatre concrétions sont expulsées, empelotonnées dans un peu de mucus. De temps en temps, un peu de sang dans les crachats, au dire du malade.

Langue propre, appétit bon. Le malade est empêché de manger par la dyspnée. Urine au début, d'après le médecin traitant, rare, sédimenteuse et albumineuse; actuellement, sa quantité a un peu augmentée, et on ne constate plus la présence de l'albumine. M. le Professeur Dr Lichtheim trouva, à l'examen microscopique, des concrétions, de la fibrine, des leucocytes, des cristaux de Charcot, pas de cellules épithéliales. Après un séjour de trois mois dans l'alcool, nous y avons recherché, en vain, une structure lamelleuse concentrique. La coupe transversale du tronc est d'un blanc mat, cireux, homogène et compacte, sauf quelques lacunes béantes, ici et là, sans aucune régularité. Il en est de même pour les branches et les rameaux. Nulle part, non plus, n'existent de traces de canal central. On remarque que la couche la plus excentrique paraît, à la coupe, plus dense, comme durcie, et forme un bourrelet circulaire. Il est impossible, du reste, de la séparer par décortication. Toutes ces concrétions frappent d'emblée, par leur aspect dendritique, dû à une ramification successive, qui a lieu trois, quatre, cinq fois, et toujours graduellement. La plus volumineuse a une longueur totale de 0,06 cent.; le tronc, de l'épaisseur d'une plume d'oie, après un trajet de 15^{mm}, pendant lequel se détache un rameau rudimentaire, se divise en quatre branches principales, lesquelles se subdivisent à leur tour. On ne trouve pas de rameaux terminaux capillaires ni de renflements en massue. Cela ne prouve

évidemment pas qu'il n'y ait pas eu propagation aux bronchioles et aux alvéoles ; les moules de ces parties de l'arbre respiratoire, peuvent en effet, comme nous avons vu, facilement se désagréger ou se rompre pendant les efforts expulsifs. La forme des concrétions est très irrégulièrement cylindrique, la surface étant raboteuse, tortueuse. Par places, il existe des bosselures sans disposition régulière ; à d'autres, une certaine cannelure longitudinale. Les branches de troisième et quatrième ordre présentent, ici et là, quelques renflements transparents contenant une bulle d'air, ce qui leur donne tantôt un aspect de chapelet inégal, tantôt de boyaux entortillés.

Nulle part de striation longitudinale, bien marquée à la surface, ni de filets sanguinolents. La couleur est d'un blanc un peu laiteux ; elle ne s'altère guère par l'exposition à l'air, comme dans notre cas. La consistance est molle, dépressible, peu élastique. Au microscope, nous retrouvons une trame fibrineuse, brillante, serrée, emprisonnant de nombreux leucocytes déformés, ratatinés, très granuleux. Vers la surface surtout, quelques cristaux de Charcot. Pas de cellules épithéliales. Très peu de graisse, sous forme de gouttelettes très petites, qu'on rencontre principalement dans le tronc.

OBSERVATION III.

(Thèse de M. REGARD.)

S..., Marie-Thérèse, née à Saint-Gall, âgée de 39 ans.

Antécédents. — Père mort, à 56 ans, d'affection inconnue ; était rhumatisant. Mère, âgée de 75 ans, en bonne santé. Une tante paternelle, morte hydropique. Une tante maternelle, atteinte d'obésité. Aucun antécédent tuberculeux, dans la famille, ni rien d'analogue à l'affection actuelle. Aucune maladie d'enfance, dont elle se rappelle. N'a jamais été vaccinée. Jamais de rhumatisme articulaire, ni d'affection cutanée, ni de manifestations scrofuleuses, ni d'accidents syphilitiques, n'avoue pas d'habitudes alcooliques (?) Réglée.

à 18 ans ; époques toujours faciles, plutôt faibles ; reviennent toutes les trois semaines et durent trois ou quatre jours. Un peu de leucorrhée passagère.

Mariée à 24 ans. Jamais d'enfants, ni de fausse couche. Mari potator. Habite Genève depuis quinze ans. Tient un magasin d'épicerie avec débit de liqueurs. Vie très sédentaire ; logements humides, successifs ; nourriture médiocre ; peu de viande, beaucoup de café. A toujours été nerveuse et impressionnable ; jamais de crises ; tremble facilement ; chagrins domestiques ; son mari l'a abandonnée, il y a onze mois. Depuis lors, céphalalgie frontale, fréquente, et un peu de chute de cheveux. Fonctions digestives toujours normales. Aucun trouble de la sécrétion urinaire.

Pas de symptôme cardiaque ; jamais de palpitations.

De temps en temps, depuis une année, le soir, léger œdème des malléoles passager ; est toujours debout. Vue bonne. Surdité à droite, provenant, dit-elle, d'un coup qu'elle a reçu sur l'oreille, il y a sept ans. Bourdonnements à gauche, récemment. En résumé, excellente santé jusqu'à l'année 1880. Fonctions respiratoires, en particulier, intactes, sauf, cependant, une tendance à l'essoufflement (en montant surtout), qu'elle éprouve depuis environ huit ans. Elle l'attribue au fait qu'elle a engraissé, progressivement, à partir de cette époque. Ainsi son poids, qui était de 137 livres, il y a onze mois, est actuellement de 160 livres. Jamais de toux ni d'expectoration.

1880. *Anamnèse de l'affection actuelle.* — Elle remonte au mois de septembre 1880. Début brusque au milieu d'un état de santé parfait, sans aucune cause accusée par la malade. Un dimanche, après midi, malaises subits, sensation de tension générale, inappétence. Pas de frissons, ni céphalalgie, ni courbature, dyspnée modérée continue. Insomnie complète. Le lundi, au soir, elle commence à tousser ; un peu de rachialgie.

En huit jours, guérison complète, sans aucune expectoration et sans autre traitement qu'un pommade (probablement mercurielle), que lui prescrit un pharmacien. Aucune co  incidence avec les époques. La malade n'a pas été alitée continuellement. Elle se rétablit complètement. Un mois plus tard, en octobre, la malade, qui s'  st

très bien portée pendant l'intervalle, est subitement reprise, à la première neige, des mêmes troubles respiratoires, lesquels durent trois ou quatre jours. Seulement, cette fois, à sa toux et à sa dyspnée, laquelle reste encore modérée, s'ajoute l'expulsion de crachats spéciaux ayant exactement la forme et les dimensions de très petits macaronis creux, blancs comme du lait et sucrés comme de la crème.

Ce goût douceâtre persiste dans toute l'histoire de la malade, à laquelle il a occasionné de fréquentes nausées. Ces macaronis arrivaient, au dehors, parfaitement distincts, sans être jamais accompagnés de mucus ni de traces de sang, et sans grands efforts expulsifs.

A partir de cette année 1880, il se produit, chaque hiver, une atteinte de la maladie, habituellement aux premiers froids ou à la première neige.

1881-82. Ainsi, pendant celui de 1881-82, la même expectoration reparaît à deux reprises, chaque fois deux ou trois jours durant. La malade tousse un peu, éprouve une certaine gêne respiratoire, mais n'interrompt pas ses occupations.

Pas de crachats muqueux ni sanguinolents.

1882-83. L'hiver suivant, trois ou quatre attaques analogues. La longueur des macaronis augmente; elle atteint jusqu'à 0,06 centimètres environ. L'épaisseur reste à peu près la même.

Leur expulsion devient plus difficile; elle est précédée de crises dyspnéiques, dont la durée varie entre une heure et une journée entière, avec picotements dans le cou et toux quinteuse. Un sentiment particulier de soulagement et de délivrance lui succède.

Les crachats conservent leur blancheur laiteuse et leur goût douceâtre.

1883-84. Les mêmes symptômes se reproduisent pendant deux ou trois jours, également en automne et en hiver, presque chaque mois, et surtout lors des mauvais temps. Au printemps, la santé se rétablit parfaitement, sauf que la malade s'essouffle toujours vite.

1885-86. Cet intervalle dure jusqu'en novembre 1885. Avec le froid, les accès reparaissent à plusieurs reprises et la maladie persiste, cette fois, jusqu'à la fin de juin 1886. La malade ne s'alite

pas; elle ne dort que trois ou quatre heures par nuit, et se réveille, chaque matin, entre cinq et huit heures, avec de fortes quintes de toux suivies d'expectoration. Plus cette dernière est abondante, plus le soulagement ultérieur est accusé. Les crachats, au début, simplement laitieux et non moulés, reprennent la forme de macaronis creux, depuis le nouvel an.

Juin 1886. Enfin, au commencement de juin, la malade en remarque, pour la première fois, de ramifiés.

Le 28 juin, un peu de sang. Ce même jour, elle se décide enfin à consulter un médecin, et vient, l'après-midi, à la clinique de M. le Dr Wyss.

Elle se plaint surtout de troubles digestifs, nausées, anorexie, céphalalgie, un peu de diarrhée. La langue est saburrale, l'haleine fétide. Le pharynx, le larynx et la trachée ne présentent rien de particulier à l'examen. La respiration est tranquille. On prescrit du bicarbonate de soude.

30 juin. Le 30 juin, au soir, la malade revient apportant des concrétions dendritiques, récemment expectorées, qui sont déposées dans l'alcool et que nous décrirons plus loin. Il existe de la submatité au tiers inféro-postérieur gauche, de même que des râles identiques à ceux de retour de la pneumonie ordinaire. On les perçoit aussi, en avant, au tiers inférieur du poumon gauche et dans l'aisselle. P. 76. R. 28. T. 36°3. Potion de chlorhydrate de pilocarpine, 0,02.

Le 10 juillet, la toux et l'expectoration, qui avaient complètement cessé pendant le beau temps, ont recommencé depuis le 9, jour de pluie. La pilocarpine ne paraît pas avoir eu d'effets sensibles. Les concrétions sont toujours ramifiées, mais plus petites. Fonctions digestives actuellement normales.

On prescrit du salicylate de soude 3 gr. pro die. La malade se trouve guérie, au bout de quatre jours, et ne revient plus.

31 octobre. Elle est revenue le 31 octobre 1886. L'été s'est bien passé, sauf cette tendance à l'obésité, qui la gêne, et l'oppression qu'elle éprouve chaque fois qu'elle marche un peu vite ou qu'elle monte des escaliers. Pas de toux ni aucune expectoration. Femme de taille moyenne, bien constituée; apparence vigoureuse; embon-

point marqué. Cheveux châtains, un peu clair-semés; yeux bleus; vue bonne; teint coloré, frais; muqueuses bien rouges. Dents mauvaises, presque toutes cariées et déchaussées (elles étaient excellentes, paraît-il, avant l'affection actuelle). Langue normale; pas de trémulations. Tremblement léger des mains.

Petite moyenne chronique à droite; hypertrophie du corps thyroïde, surtout du lobe médian. Léger souffle veineux cervical droit. Voix naturelle. Pouls régulier, petit, un peu tendu, 80. Le tracé sphygmographique ne révèle rien de spécial. Respiration tranquille et silencieuse, 20. T. 37°5.

Poumons. — Thorax bien développé à l'inspection; excursion partout régulière et égale. Frenictus égal des deux côtés. Rien de particulier à la percussion. A l'auscultation, murmure musculaire partout pur. Inspiration un peu saccadée dans l'aisselle gauche; ce phénomène disparaît quand la malade respire profondément. Aucun râle. Sommets normaux. Pas d'altération de la voix, ni de la toux.

Cœur. — La pointe bat dans le premier espace intercostal, en dedans de la ligne mamillaire.

Matité normale. Bruits purs, bien frappés. L'abdomen présente des parois très épaisses; le foie et la rate paraissent normaux. Pas trace d'affection cutanée ni cicatrice. Pas de tuméfaction ganglionnaire. Pas d'œdème. A l'examen, du sang à l'hémoglobinomètre de Gowus, on trouve 100°. Les réflexes sont normaux. Urine pâle, un peu trouble; quantité normale, au dire de la malade; réaction légèrement alcaline; densité, 10,20; urée, 45,80 0/0; phosphate, 1,95 0/0. Pas trace de sucre ni d'albumine.

Sédiments blanchâtres contenant des leucocytes, des cellules vésicales, des phosphates terreux et des urates.

Le 20 novembre 1886, la malade raconte que, pendant quelques jours de pluie, au commencement du mois, elle a été réveillée chaque nuit, vers deux ou trois heures du matin, par de petites crises dyspnéiques, débutant par des picotements, désagréables, dans le cou. Puis survient une petite toux sèche, de l'oppression, qui la force à s'asseoir dans son lit. Au bout de un quart d'heure, envi-

ron, ces symptômes se dissipent graduellement, sans aucune expectoration, et la malade se rendort.

Elle éprouve du reste, chaque matin au lever, une certaine gêne respiratoire passagère, sans toux ni expectoration.

Le 19 décembre 1886, nouvelle crise, à deux heures du matin, intense et terminée par l'expulsion de crachats laitoux, sans concrétions. Vue l'après-midi, l'état de la malade est normal, sauf qu'elle accuse une forte céphalalgie frontale. P. 80 ; R. 24. Rien à la percussion ; le murmure vésiculaire s'entend bien partout.

1887. Le 16 février 1887, la malade vient se montrer à la clinique. Pas d'accès depuis deux mois, malgré une forte bise. Elle a marché vite et arrive tout essoufflée. P. 84, un peu irrégulier. R. 36, légèrement haletante. En même temps, picotements dans la gorge. Le bruit de diable s'entend particulièrement bien. Quelques ronchus dans l'espace interscapulo-vertébral droit. Partout ailleurs, murmure vésiculaire, pas exagéré.

A l'appendice séphoïde, petit souffle doux, systolique, se propageant très faiblement du côté de la pointe ; n'existe pas à la base. On constate un peu d'eczéma sec, sur les deux apophyses mastoïdes, pour la première fois. Symptômes d'embarras gastrique, ces derniers jours ; céphalalgie, nausées, vertiges, petits frissons, langue chargée, diarrhée.

Le 28 février, la malade vient d'avoir ses époques. Depuis quatre jours, picotements dans le cou, insomnies ; le matin, entre cinq et huit heures, accès de toux, sans dyspnée bien marquée, continuant jusqu'à l'expectoration de quelques débris pseudo-membraneux, vers les huit heures. Ce matin, ils ont fait défaut. La malade a eu deux épistaxis. Sensation d'un corps étranger qui monte et descend dans la gorge. Un peu d'embarras gastrique. Elle a aspiré hier, sur le conseil d'une voisine, de l'eau salée, par le nez, en guise de vomitif ; ce procédé lui a valu un coryza intense. Cornets tuméfiés, rouges ; muqueuse assez fortement dépressible. La langue est légèrement chargée. Voix un peu voilée ; légère hyperémie de la face supérieure et de la corde vocale gauche. Espace naso-pharyngien rouge ; vers la partie supérieure de la paroi postérieure, au niveau

où cette paroi se continue pour former le toit du pharynx, un peu à droite de la ligne médiane, siège une tumeur grosse comme une noisette, à surface légèrement lobulée, de couleur polypomyxomateuse et ne se laissant pas déchirer par la sonde. (Cette tumeur paraît être un kyste de la bourse pharyngienne.) P. 96. R. 28 (buccale).

Aucun malaise subjectif du côté de la poitrine. Le souffle cardiaque n'existe plus.

Rien de particulier à la percussion ni à l'auscultation ; pas le moindre râle. La malade apporte dans l'eau des crachats blanchâtres, épais, nageant à la surface et ressemblant à du blanc d'œuf. Le plus fort accès dure trois heures.

Urine. — Pas d'albumine.

Le 1^{er} mars, tout trouble respiratoire a cessé. La malade se trouve très bien. Vue à domicile.

31 mars 1887. Depuis la dernière neige, suivie de bise, qui dure encore, c'est-à-dire le 20 mars, la malade a recommencé à tousser. Picotements fréquents dans le cou. Dyspnée légère continue, s'exagère la nuit ou dès qu'elle marche un peu dehors. Elle a essayé deux fois de venir à la clinique et s'est vue obligée, bientôt, de s'arrêter et de rebrousser chemin, le souffle lui manquant. Pas d'accès dyspnéiques bien violents, du reste, mais la malade passe toutes ses nuits demi assise et sans pouvoir dormir régulièrement.

Chaque matin, elle crache environ une cuillerée à soupe de petites concrétions. En même temps, céphalalgie frontale, anorexie, vomissements alimentaires à plusieurs reprises. Légers frissons et un peu d'accablement ; fatigue ou manque de sommeil. La malade est trouvée en train de vaquer à ses affaires. P. 80 plein, régulier. R. 24, tranquille et silencieuse, au repos, s'accélère dès qu'elle remue un peu. Pas de quintes de toux.

Quelques picotements pharyngiens. Céphalalgie et inappétence, langue un peu saburrale. Au fond d'un verre, dans un liquide laiteux, spumeux, quelques petites concrétions à deux ou trois subdivisions, très blanches et présentant, ici et là, à la surface, quel-

ques bulles d'air emprisonnées, bien visibles, leur donnant, par places, un aspect moliniforme. Pas de traces de sang. Purgatif salin. Ki : 1 gr. par jour.

5 avril. Amélioration très marquée. Teint frais, reposé.

Les nuits sont meilleures, l'expectoration a complètement tari, dès le lendemain, et n'a pas reparu.

La toux a aussi presque cessé. Il subsiste toujours une certaine tendance à l'oppression dès que la malade marche un peu. L'eczéma a complètement disparu.

On continue l'iode. Il faut noter que le vent du nord a cessé de souffler depuis le 1^{er} avril, jour où le mieux s'est produit.

7 avril. Va très bien, sauf un peu d'état saburrhal. A ses époques.

Bronchite pseudo-membraneuse.

Par M. G. CAUSSADE, Interne des Hôpitaux (Société anatomique.
Mai 1889).

Le nommé O..., âgé de 20 ans, est atteint de bronchite pseudo-membraneuse. Sa maladie s'est faite, en quelque sorte, en trois étapes : la première a eu lieu à l'âge de 7 ans ; la deuxième, à l'âge de 16 ans. Aujourd'hui, pour la troisième fois, il est repris des mêmes symptômes que ceux qu'il a présentés dans son enfance et son adolescence. Le premier accès a duré deux mois ; et celui-ci, quoique ayant eu une durée moindre que les deux suivants, a été le plus terrible. Cet accès a débuté d'une façon insidieuse, faisant croire à une bronchite ordinaire, puis à une pneumonie. Mais cette prétendue pneumonie a duré deux mois et elle s'est accompagnée d'une expectoration, blanche comme du lait, dans laquelle nageaient des fausses membranes analogues à celles du croup. Ces fausses membranes étaient rejetées à la suite d'une toux fréquente, persistante, tenace, qui privait le malade de sommeil ; et qui était accompagnée d'une dyspnée qui allait jusqu'à l'orthopnée.

La vie du malade fut en danger, mais les phénomènes s'amendèrent insensiblement et le malade guérissait à peu près complètement.

A l'âge de 16 ans, la maladie se réinstalle de nouveau, le malade expectore le même liquide, les mêmes moules bronchiques, au milieu d'une dyspnée et d'une toux continues. Mais l'intensité des symptômes est moins marquée. En revanche, la maladie dure de six à sept mois avec des phénomènes d'exacerbation et de paroxysme. La guérison s'obtient, cependant, et d'une manière absolue. Tout faisait croire que le malade était définitivement guéri, lorsqu'il y a sept mois, il entra dans un nouvel accès dans lequel la maladie réapparaissait avec tous les symptômes au grand complet; leur intensité et leur persistance sont telles, même aujourd'hui, qu'ils ne laissent pas que de donner quelque inquiétude au sujet de la terminaison de la maladie. Il y a sept mois, sans qu'on puisse bien préciser l'époque du début de l'accès dans lequel se débat encore le malade, sans qu'on puisse supposer que le patient se soit refroidi, sans qu'il ait présenté un état fébrile quelconque précédant l'éclosion des nouveaux symptômes, survenait une expectoration légère et qui resta liquide pendant tout le premier mois. Bientôt on constatait dans le liquide expectoré des membranes très finement ramifiées et dont les plus grosses avaient de trois à quatre millimètres, sept millimètres au plus. Peu nombreuses au début, elles devenaient assez abondantes les jours suivants et pouvaient être estimées approximativement à trois paquets représentant le volume du poing. Les autres signes fonctionnels se réduisaient à une toux légère, mais fréquente, pas d'accès de dyspnée, rien à la percussion. Et tous les signes physiques consistaient en des râles sous-crépitaux s'entendant aux deux temps de la respiration, sans souffle et localisés à la partie postérieure et à la moitié inférieure du poumon gauche. C'est à peu près la seule partie du poumon bien, le reste du poumon gauche et le poumon droit sauf une légère étendue ont toujours conservé leur rythme respiratoire et leurs signes stéthoscopiques normaux. Pas ou peu d'état fébrile. A partir du second mois, les symptômes se sont aggravés. Les râles sous-crépitaux gagnent en étendue; on les

entend dans la ligne axillaire un peu en avant, quelques jours après. Le malade présente alors le phénomène suivant assez bizarre, il s'agit très bien quand il doit rejeter une fausse membrane. Au début, un peu de toux, rejet d'un peu de liquide d'apparence albumineuse; puis il ressent une douleur vive, aiguë, localisée dans la partie inférieure du poumon gauche, la membrane d'après lui se détache et alors il la suit dans tout son parcours à travers les voies bronchiques, annonçant sa sortie de la bouche dès qu'il doit l'expulser au dehors. Cet état dure six semaines. Puis survient une cessation complète de tous les symptômes: plus de fièvre, plus de toux, plus d'expectoration, plus un seul râle; la respiration est entièrement libre.

Cette accalmie dure trente-six à quarante-huit heures.

Au bout de ce temps, le malade entre en pleine phase suraiguë de la maladie. La toux est plus fréquente, plus pénible; elle exige une véritable lutte de la part du malade pour empêcher la mise en jeu de son diaphragme qui provoque une douleur vive à gauche à la partie inférieure. La dyspnée est excessive mais ne va pas jusqu'à l'orthopnée. Et alors surviennent au milieu de quintes de toux violentes, expulsives, velantes, angoissantes, consulsives, le rejet de membranes et une expectoration abondante, blanche comme du lait et évaluée à peu près à un litre dans les vingt-quatre heures. Les efforts de la toux sont en rapport direct avec la nature du liquide; violents avec les membranes, peu marqués avec le liquide lactescent. Le sommeil dure quatre à cinq heures au plus. Le malade se réveille à cause de sa dyspnée.

Depuis trois mois, les membranes deviennent de plus en plus épaisses; depuis cette époque, les signes stéthoscopiques sont devenus très variable comme siège, ils ont conservé la même intensité, cependant on perçoit des râles à grosses bulles qui remplacent de temps en temps les râles sous-crépitaux et à certains jours un souffle bronchique très net, bien caractérisé vient frapper l'oreille.

En même temps que ce souffle bronchique existe de la bronchotomie qui alterne avec de l'égophonie et les râles cèdent la place à des frottements qui disparaissent le lendemain; on entend des

râles sous-crépitants. L'état général s'aggrave, la fièvre augmente, l'appétit diminue et le malade ne peut plus dormir, on ne peut se procurer que quelques rares heures de sommeil, couché dans un fauteuil. Oedème de la jambe gauche occupant tout le mollet. Amaigrissement.

La bronchorrhée est abondante; des membranes nagent en grande quantité au milieu du liquide expectoré. Au mois de janvier 1889, amélioration. L'expectoration diminue de quantité, mais elle ne change pas de qualité quand il y a expulsion de membranes; le liquide augmente dès qu'elles sont rejetées. Le malade insiste sur la saveur aigre ou de noisette, que lui procurent ses crachats dans la bouche. Toux légère, toujours suivie d'expectoration. Plus de quintes. Le malade perçoit à gauche dans la partie inférieure du poumon une sensation de gargouillement. L'auscultation des deux tiers inférieurs du poumon gauche révèle des râles sous-crépitants variables comme siège et à timbre de grosses bulles. La percussion dénote depuis la base du poumon jusqu'à la ligne axillaire un son presque tympanique, du rhodisme, un son creux. L'état général s'est amélioré, l'oedème des jambes a disparu. La respiration est plus libre, mais la température est élevée et il y a de l'oppression. L'appétit est bon, le malade reprend des forces. A la fin du mois de janvier, il se faisait une légère poussée conjec-tive, toujours dans la partie malade du poumon gauche; à la percussion, on entendait le bruit de pot fêlé. Mais ce signe disparaissait au bout de deux jours et la sonorité redevenait normale. Le souffle bronchique durait à peine deux jours; les râles muqueux à grosses bulles duraient deux jours et bientôt réapparaissaient quelques râles sous-crépitants au deux temps de la respiration.

L'expectoration restait toujours la même, mais les membranes devenaient plus grosses, plus étendues, plus ramifiées, plus déchiquetées, plus moulées. Le 3 mars, la submatité excite dans la partie inférieure gauche, remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, les râles sous-crépitants s'entendent encore et sur la partie latérale ils ont gagné d'étendue.

Un souffle bronchique s'entend dans la même zone.

L'état général est très bon et le malade semble faire bon ménage

avec son affection. Il est toujours obligé de dormir sur un fauteuil, mais il a bon appétit, il reprend des forces, les accès de dyspnée sont moins fréquents et moins intenses. Il tousse moins, cependant le moindre effort suffit pour lui faire rendre par la bouche et les narines un flot plus ou moins abondant de matières muqueuses blanches parfois mêlées à des débris de membranes.

Les antécédents du malade sont très bons. Aucune maladie antérieure. Pas d'antécédent pathologique, ni rhumatisme, ni syphilis. Les père et mère et les ascendants ne présentent rien de suspect, deux frères bien portants actuellement. L'un cependant a été malade et eu une périlophite et une fluxion de poitrine.

Telle est l'histoire de notre malade. Quelle en sera la fin ! Il est probable qu'il sortira victorieux de cette crise comme il en est sorti des précédentes seules la longueur de la maladie nous oblige à poser un pronostic grave et nous assombrit l'avenir.

**Un cas de bronchite pseudo-membraneuse par M. le
Dr Roque agrégé à la faculté de Lyon**

(Province médicale, 20 septembre 1890)

Au commencement du mois d'août, nous eûmes l'occasion de voir un homme de 40 ans, qui venait se plaindre d'une oppression continue avec des paroxysmes angoissants, ayant débuté depuis quatre mois environ.

Cet homme, sans antécédents de famille, avait toujours été vigoureux. Aucune maladie grave dans sa jeunesse; pas de syphilis; pas d'alcoolisme. Marié depuis six ans, père de plusieurs enfants, il contracta au mois de février 1890, l'influenza. Il eut une bronchite de moyenne intensité; mais à la fin de mars, la toux avait cessé et son rétablissement semblait complet. Obligé par sa position à séjourner une partie de la journée dans des ateliers de forge, ayant souvent des efforts à faire, il supportait sans peine les

fatigues de son état. Pourtant, dès le milieu d'avril, il remarqua qu'à la suite d'un travail pénible, d'une marche précipitée, ou d'un effort d'une nature quelconque, il survenait un peu de dyspnée, du moins, il ressentait, dit-il, dans la poitrine, une sensation de plénitude éveillant quelques angoisses et durant quelques minutes. Au début, il remarqua à peine ces légers accidents; son état général restait parfait. Mais peu à peu leur répétition chaque jour plus fréquente, arriva à gêner son travail, et au mois de mai, il consulta un médecin. On mit d'abord ces malaises sur le compte de la grippe, on lui donna du bromure et de la valériane et on lui affirma qu'il n'y avait rien d'anormal à l'auscultation du cœur, ni au poumon. Mais loin de s'atténuer sous l'influence de la médication, les accès d'oppression devenaient de jour en jour plus nombreux et plus intenses.

En juin, la dyspnée était presque continue, le malade avait une sensation de gêne incessante, et le moindre effort, un mouvement brusque, déterminait un accès qui l'obligeait à s'asseoir et le laissait, au bout de quelques minutes, brisé, baigné de sueurs.

Sous l'influence de ces accès d'oppression, l'état général commença à s'altérer; le malade perdit ses forces, maigrit. En juillet, il se trouvait assez malade pour provoquer une nouvelle consultation.

Mais à ce moment encore, malgré l'altération de l'état général, malgré l'oppression continue, on ne put rien trouver, ni au cœur, ni aux poumons; les urines étaient normales, et on se rangea encore à l'hypothèse de malaises nerveux consécutifs à la grippe. A la fin de juillet et au commencement d'août, les phénomènes s'accrochèrent. Le matin, au réveil, le jour dès qu'il marchait ou qu'il parlait longtemps, le malade avait des quintes de toux se prolongeant trois ou quatre minutes et se terminant par le rejet de quelques crachats filants et incolores.

Au commencement d'août, quand nous le vîmes pour la première fois, le malade était très amaigri; il avait perdu huit kilos depuis deux mois. Il accusait une sensation continue de lassitude et de brisement, était devenu incapable de tout travail. Son appétit était resté bon, mais souvent après le repas, il était pris d'un accès

dyspnéique avec toux quinteuse; les vomissements survenaient alors et il rendait son repas. Cet accident se produisait deux ou trois fois chaque semaine.

Le sommeil était devenu presque impossible; dès que le malade se couchait, la toux survenait; le simple passage de la position verticale à la position horizontale suffisait à déterminer un accès; l'expectoration n'avait pas changé de caractère, toujours des crachats muqueux, filants sans coloration. Le voix commençait à être altérée; le malade parlait avec peine, et le timbre de la voix était notablement voilé. Tout dans son entourage avait remarqué le changement survenu dans sa façon de parler. Enfin des sueurs profuses survenaient en dehors de tout accès, dès que le malade se reposait, s'asseyait ou arrivait à dormir. A l'examen, malgré l'angoisse respiratoire que le malade accusait, il n'y avait pas une accélération bien grande des mouvements respiratoires; trente à trente-deux à la minute; mais en examinant de près la façon dont se faisait la respiration, on était frappé de son type spécial; il présentait nettement, quoique à un faible degré, le type de la respiration laryngée, il avait du tirage. A la percussion on notait de la submatité en arrière dans toute la hauteur des deux côtés, moins marquée aux deux bases, prédominante aux sommets. En outre on avait une sensation très nette de résistance sous le doigt; mêmes signes en avant. A l'auscultation : obscurité très grande des bruits respiratoires en avant et en arrière des deux côtés; abolition presque complète du murmure vésiculaire; mais l'inspiration et l'expiration conservaient leur distribution normale; pas de souffles, pas de râles d'aucun genre. La toux et la voix se transmettaient de façon presque normale; ni pectoriloquie, ni bronchophonie.

L'examen laryngoscopique fut alors pratiqué, et ne nous révéla rien de bien anormal. Un peu de rougeur et de gonflement au niveau de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Ces signes ne nous permettaient pas de poser un diagnostic ferme. Nous songions pourtant à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire avec localisation du côté du larynx. C'est dans ce sens que fut dirigé le premier traitement. Il fut complètement impuissant. Au bout de

quinze jours, le malade revenait avec une aggravation de tous les symptômes. La dyspnée était continue. Le malade ne pouvait presque plus marcher, sans provoquer des paroxysmes. L'amaigrissement avait augmenté.

Il avait perdu de nouveau quatre kilos en quinze jours. Les digestions devenaient très mauvaises et les vomissements, dans des quintes de toux, continuels. Les sueurs l'obligeaient à changer trois ou quatre fois par jour. Enfin, les phénomènes de tirage avaient pris une netteté extrême, et la voix était éteinte et rappelait absolument celle des malades atteints de phthisie laryngée. Pas de dysphagie d'ailleurs, ni de douleur à la pression sur le larynx. La température prise régulièrement pendant cette quinzaine n'avait jamais dépassé 38°2 et était le plus souvent normale. Pas de type inverse. L'expectoration n'avait pas changé de caractère ; on avait cherché la présence de bacille de Koch dans les crachats, sans pouvoir le trouver.

Nous pratiquâmes un nouvel examen du larynx ; de nouveau, nous pûmes constater du gonflement et de la rougeur assez intense à la base de l'épiglotte et au niveau du replis. Mais rien autre chose d'anormal, pas de tubercules visibles, pas de fausses membranes. L'auscultation ne laissant rien percevoir de particulier : obscurité et disparition des murmures vésiculaires, c'est tout ce qu'on pouvait constater. Le diagnostic ne devenait pas plus clair ; mais en face des altérations si marquées de la voix, et du tirage devenu si net, nous songions de plus en plus à une lésion laryngée probablement spécifique, et c'est de ce côté que se dirigea notre traitement : Eaux sulfureuses, inhalations balsamiques, pulvérisations de cocaïne, révulsion locale. Malgré tout, l'état ne s'améliorait pas, les quintes de toux étaient peut-être moins fréquentes mais l'état général s'aggravait, et l'oppression persistait continue. Les premiers jours de septembre, au 2 ou 3, dans la nuit, le malade fut pris brusquement, pendant son sommeil, d'un accès de suffocation terrible.

Réveillé en sursaut, asphyxiant, à demi évanoui, incapable de prononcer un mot, il restait ainsi, baigné de sueurs, en proie à une dyspnée sans cesse croissante.

On courut chercher dans le voisinage médecin et pharmacien, on le couvrit de ventouses, de sinapismes, on fit des injections de morphine, des inhalations d'oxygène, et malgré tout le tirage augmentait, et l'asphyxie devenait si menaçante, et les symptômes laryngés étaient si prédominants, qu'on hésitait à pratiquer une trachéotomie ; quand, dans un effort de toux et de vomissements, le malade rendit un long filament blanchâtre, de 0,08 à 0,10 centimètres.

A partir de ce moment et pendant toute la nuit, au milieu des plus pénibles efforts, cette expectoration continua, et le lendemain on nous apportait dix filaments blanchâtres, d'une longueur variant de 0,10 à 0,18 centimètres, qui avaient été expulsés pendant la nuit. Le matin, le malade était calme, il se sentait soulagé. Mais, brisé par la nuit qu'il venait de passer, il parlait avec peine et n'osait faire un mouvement, de peur de provoquer une nouvelle crise de suffocation.

En l'auscultant, nous ne pûmes rien constater de net, la respiration semblait s'entendre un peu mieux, et aux deux bases on percevait des bouffées de petits râles fins, ressemblant aux râles de retour d'une pneumonie. La température était à 38° ; le pouls, assez faible et rapide, à 120°. Les mouvements, que nous avons dû imprimer au malade, suffirent pour provoquer un nouvel accès de suffocation ; et devant nous, à demi asphyxiant, il plongea le doigt au fond de la bouche pour provoquer ce vomissement qui amena le rejet d'une fausse membrane canaliculée, blanchâtre, longue de 0,15 centimètres.

Ces fausses membranes étaient rendues sous forme d'un peloton informe, blanc grisâtre ; mais, déposées dans de l'eau alcoolisée, elles se développaient, soit sous forme d'un ruban blanchâtre, aplati, assez court, de 0,06 à 0,08 centimètres, ayant, dans toute sa longueur, le même diamètre transversal ; soit sous forme d'un cylindre qui présentait alors les particularités suivantes :

Ce cylindre creux, qui se laissait ouvrir par un coup de ciseau, allait en s'amincissant progressivement, pendant un trajet de 0,06 ou 0,07 centimètres, puis, à ce moment, il se dichotomisait en deux cylindres accessoires, de diamètre moindre, d'où émanait tout

un chevelu de cylindres plus petits, reproduisant l'aspect de la tige d'une plante avec ses racicules. En y regardant de près, c'était la reproduction exacte de l'arbre bronchique, sur les canaux duquel ces néo-membranes avaient été moulées. La nature de la maladie se révélant ainsi par cette expectoration, on fit prendre au malade des vomitifs, une potion au kermès, on le soumit à des fumigations, à l'usage de l'iodure de potassium, en même temps qu'on instituait un traitement tonique énergique pour soutenir ses forces.

Pendant trois jours consécutifs l'expulsion de ce cylindre membraneux continua sans interruption, en ne comptant que les fragments principaux dont les dimensions longitudinales atteignent au moins 0,07 centimètres. Nous avons pu recueillir vingt-trois fragments qui sont conservés dans l'alcool.

Le rejet de ces membranes devint de plus en plus facile; les accès de suffocation devinrent moins fréquents et surtout moins intenses. Au bout de trois jours, les crachats, rendus en grande abondance, restèrent chargés de détritits et de fragments pelliculeux, mais on n'obtint plus de membrane cylindrique canaliculée. Dès le cinquième jour, le malade, encore très faible, accusait une sensation de bien être extraordinaire. La respiration était calme, le tirage avait disparu, la voix seule restait un peu voilée et éteinte.

Le malade déclarait que, depuis plusieurs mois, il n'avait pas respiré plus aisément. A l'auscultation, l'obscurité avait notablement diminué.

Aucun bruit anormal au sommet, mais des bouffées de râles peu persistants aux bases des deux côtés, surtout à droite. Depuis ce moment, l'état du malade s'améliore graduellement; il peut se lever, va et vient dans son appartement et demande à sortir. Son appétit est bon. Pas de vomissements depuis une semaine. Toujours un peu de toux et quelques crachats glaireux, rendus sans effort.

Le sommeil est calme et les forces reviennent graduellement. Un avenir lointain permettra seul de dire si la guérison est complète ou s'il ne s'agit que d'une amélioration passagère.

BIBLIOGRAPHIE

Voici les principaux travaux parus depuis la Thèse de M. Lucas
Championnière en 1876, sur la Bronchite pseudo-membraneuse :

- REGARD. — Bronchite fibrineuse. Berne, 1877.
FRAENTZEL. — Charité-Annalen, 1878.
BARRON. — The Lancet, 1881.
MADER. — Wien med. Wochenschrift, 1882.
ESCHERICH. — Deutsch. med. Wochens., 1883.
JACCOUD. — Clinique médicale (Pitié, 1884-85). Paris, 1886.
COMBY. — Bronchite chronique des enfants. Paris, 1887.
LETELLIER. — Thèse de Bordeaux, 1888.
PICCHINI. — Revista clin. Milan, 1889.
CAUSSADE. — Société Anatomique, 1889.
MODEL. — Ueber Bronch. fibrinosa, 1890.
ROQUE. — Province médicale, 1891.
BRULH. — Médecine moderne, 1892.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri JOUVE, 15, rue Racine.

